

115 年度 癌症診療品質認證 基準及評分說明 【第二階段認證醫院適用版】

衛生福利部

中華民國 115 年 1 月

目 錄

壹、 認證申請資格	1
貳、 認證申請類別	2
參、 認證基準評量項目及任務分組	3
肆、 認證等級評定	4
伍、 認證通則	5
陸、 癌症診療品質認證基準及評分說明	7
第一章 癌症委員會（或類似單位）之組織運作與任務	7
第二章 癌症診療服務	15
第三章 癌症照護服務	29

壹、認證申請資格【註：以國民健康署提供之數據為依據】

一、醫院評鑑合格以上之醫院。

二、需符合以下條件之一：

(一) 111 年(含)以後之任一年度申報至癌症登記資料庫新診斷癌症個案數達 500 例(含)以上之醫院。

(二) 111 年(含)以後之任一年度申報至癌症登記資料庫新診斷癌症個案數未達 500 例，但仍於認證有效期間內之醫院。

(三) 114 年採「第一階段認證醫院適用版」認證結果為通過之醫院。

三、年度新診斷個案數(Class 0~3，含原位癌)達50例(含)以上之癌別，應達成下列：

(一) 依據基準 2.1 之規定制訂診療指引

(二) 依據基準 2.3 之規定制訂院內通用癌症治療藥物處方

(三) 依據基準 2.4 之規定成立多專科醫療團隊

備註：申請 115 年實地認證醫院，若癌別新診斷個案數於 111 或 112 年任一年度，符合認證通則所列之院內常見癌別定義，即須於 114 年 12 月 31 日以前達成申請資格三之規定。

貳、認證申請類別

一、非醫學中心及全癌年度新診斷個案數未達 1,500 例

二、醫學中心或全癌年度新診斷個案數 1,500 例（含）以上

備註：申請 115 年實地認證醫院，若 111 或 112 年任一年度之新診斷個案數達 1,500 例，即須申請第二類別認證，並於 114 年 12 月 31 日以前補足院內常見癌別數，且實際運作（如：成立多專科團隊並至少召開一次會議，制定診療指引及癌症治療藥物處方…等）。

參、認證基準評量項目及任務分組

項 次	評量項目合計	認證委員 任務分組
第一章 癌症委員會（或類似單位）之組織運作與任務	5 項	A 組
第二章 癌症診療服務	10 項	B 組
第三章 癌症照護服務	3 項 (1 項加分項目)	A 組
總 計	18 項 (1 項加分項目)	—

備註：基準 1.5 及 3.1 由衛生福利部國民健康署提供數據資料。

認證等級評定

認證總評分結果分為優等、通過、不通過。

優 等 (效期六年)	全數基準均達符合以上，且優良 ≥ 6 項
通 過 (效期六年)	未達優等標準， 如不符合=1 項，則優良需 ≥ 3 項
通 過 (效期兩年)	未達通過（效期六年）標準，且不符合 ≤ 3 項
不通過	未達以上標準

肆、認證通則

1. 癌症別之選取範圍：

大腸直腸癌（C18 - C21）、肝癌（C22）、肺癌（C33 - C34）、乳癌（C50）、子宮頸癌（C53）、子宮體癌（C54）、卵巢癌（C56）、口腔癌（含口咽及下咽等）（C00 - C06；C09 - C10；C12 - C14）、鼻咽癌（C11）、食道癌（C15）、胃癌（C16）、攝護腺癌（C61）、膀胱癌（C67）及惡性淋巴瘤（何杰金氏淋巴瘤 Hodgkin lymphoma、瀰漫性 B 細胞淋巴瘤 Diffuse large B-cell lymphoma 及濾泡型淋巴瘤 Follicular lymphoma）等。

2. 「院內常見癌別」之定義：

- （1）上述癌別凡癌登最近可取得年度之新診斷癌症個案數（Class 0~3，含原位癌）達 50 例（含）以上即屬院內常見癌別。
- （2）凡有收治第一線或第二線治療之惡性淋巴瘤（何杰金氏淋巴瘤 Hodgkin lymphoma、瀰漫性 B 細胞淋巴瘤 Diffuse large B-cell lymphoma 及濾泡型淋巴瘤 Follicular lymphoma）個案即列入院內常見癌別。
- （3）非醫學中心及全癌年度新診斷癌症個案數未達 1,500 例醫院至少須有 8 種院內常見癌別；若 50 例（含）以上未足 8 種癌別，至少須補足 8 種癌別。
- （4）醫學中心或全癌年度新診斷癌症個案數 1,500 例（含）以上醫院至少須有 10 種院內常見癌別；若 50 例（含）以上未足 10 種癌別，至少須補足 10 種癌別。至多為第 1 點所列之 14 種癌別。

3. 病歷抽審對象：

- （1）認證通則 1 所列 14 癌之 114 年個管師新收案名單（Class 1~2，但排除原位癌）。
- （2）最近可取得年度之癌登資料庫中擇取 Class 1~2 且癌症分期 I~III 期者（以病理期別優先），首次治療後一年內死亡個案（由衛生福利部國民健康署提供名單）。
- （3）資料審閱區間內，多專科團隊之討論個案（由醫院提供之團隊會議紀錄中現場擇取）。
- （4）住院中之癌症個案。

4. 病歷抽審方式：

於會前會時由委員自個管師新收案名單及國民健康署提供之死亡個案名單中隨機抽選個案，若醫院仍提供紙本病歷，則須於收到抽審名單後 1 小時內將病歷送達認證現場，若病歷延遲送達，則該本病歷不予計分。

5. 應審閱之病歷數：

(1) A 組（基準 1.5）病歷抽審：

- I. 非醫學中心及全癌年度新診斷癌症個案數未達 1,500 例醫院：6 本
- II. 醫學中心或全癌年度新診斷癌症個案數 1,500 例（含）以上醫院：10 本

(2) B 組基準病歷抽審：

- I. 非醫學中心及全癌年度新診斷癌症個案數未達 1,500 例醫院：10 本
- II. 醫學中心或全癌年度新診斷癌症個案數 1,500 例（含）以上醫院：15 本
- III. 基準 2.4、2.8、2.9、2.10：至少審閱 6 本。

伍、癌症診療品質認證基準及評分說明

一、基準評量方式

單項認證基準依評量方式不同，分為「優良、符合、不符合」或「符合、不符合」二類。

二、實地認證資料審閱區間

- (一) 第一階段申請認證結果為「通過」：114 年至 115 年認證前 2 個月。
- (二) 認證效期屆滿：前次認證結果核定年度至 115 年認證前 2 個月。
- (三) 前次申請認證結果為「不通過」：前次認證申請年度至 115 年認證前 2 個月。

第一章 癌症委員會（或類似單位）之組織運作與任務	
基準 1.1	
癌症委員會（或類似單位）應規劃及督導全院性年度重要工作或改善方案。	
評分說明	符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】 1. 癌症委員會（或類似單位）每季須至少召開一次會議，且癌委會成員之年度平均整體出席率至少達 75%。 2. 癌症委員會（或類似單位）會議中，應規劃及督導至少一項全院性年度重要工作或改善方案，並訂定適切的改善目標，且視需要照會或交辦相關單位據以執行。 3. 癌症委員會（或類似單位）須針對上述作業之執行或改善結果，於後續一年內之會議中，至少進行一次追蹤並視需要提供建議或協助。 4. 參與認證醫院應提供正確且完整之認證資料。
準備文件	1. 全院之組織架構圖（須標明該癌委會於全院組織架構圖之位置）。 2. 癌委會之組織架構圖及組織章程（需敘明成立宗旨、角色功能及運作方式等）。 3. 癌委會成員名單（含成員的單位與職稱，臨床成員請註明該成員之癌症診療專長）及任命文件（如：聘書、任命之會議紀錄）。 4. 癌委會之會議紀錄及相關附件（建議可標示年度重要工作或改善方案相關內容）。

重點

1. 癌委會成員至少應包含下表所列之科別（部門）。

癌委會之基本成員組成	
病理科	醫院管理
影像診斷科	藥劑
放射腫瘤科	營養
（腫瘤）外科	護理
（腫瘤）內科	

備註：

1. 醫院若未設置放射腫瘤部門，則無須列入。

2. 癌委會成員係為該科別（部門）之代表，故不限定其職務別。

3. 若為代理出席則不列入出席率計算。

2. 癌委會成員之年度平均整體出席率之定義為：

分母：癌委會成員人數 × 年度實際召開會議次數

分子：癌委會成員總出席人次

3. 年度重要工作或改善方案之主題選取，應由各單位（或團隊）將相關資料提交癌委會討論，再由癌委會選定；或是由癌症中心、癌委會下設功能性小組進行主題之初步篩選，再提交癌委會進行討論及選定。

4. 全院性年度重要工作或改善方案，需為跨科別或部門共同辦理。內容須呈現主題名稱、選擇該主題原因、執行目標（值）、執行策略、執行成果、後續檢討與改善等，且有會議紀錄佐證。

5. 癌委會須定期檢核及檢討年度重要工作或改善方案之執行方向及進度。年度重要工作或改善方案如未達年度目標（值），下個年度可延續此主題繼續執行，惟每年應至少進行一次追蹤檢討。

6. 如訂定與認證基準相關之年度重要工作或改善方案須符合以下之一：

（1）訂立高於認證基準要求或優於國內現有同級醫院（如醫學中心或非醫學中心）平均值之改善目標。

（2）因認證基準執行不力，在進行評估與檢討後呈送癌委會，方可選定。

7. 為評估癌委會督導管理的能力，必要時會與癌委會主委進行訪談，以評估癌委會功能是否彰顯。

8. 若選定存活率為全院性年度重要工作或改善方案，必須針對該癌別之所有期別進行檢視改善，不可僅選擇單一期別存活率，亦不可僅由單一科別或部門執行該方案。

基準 1.2	
癌症委員會（或類似單位）應督導院內同儕審查機制，以確保癌症診療與照護品質。	
評分說明	符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】 1. 各團隊（或單位）應定期提交同儕審查應辦理項目之監測結果至癌症委員會（或類似單位）。 2. 各團隊（或單位）應針對上述監測結果中，未達自訂閾值之項目，提出改善方案或結果至癌症委員會（或類似單位）。 3. 癌症委員會（或類似單位）須定期檢核上述監測結果及自訂閾值之合理性。 4. 癌症委員會（或類似單位）應針對未達自訂閾值項目之改善方案或結果，於後續一年內之會議中，至少進行一次追蹤並視需要提供建議或協助。
準備文件	1. 同儕審查應辦理項目之監測結果，以及未達自訂閾值項目之改善方案或結果。 2. 癌委會之會議紀錄及相關附件（建議可標示督導院內同儕審查應辦理項目相關之內容）。
重點	1. 各團隊（或單位）須將以下院內同儕審查應辦理項目之監測資料提至癌委會進行報告及討論： （1）癌症登記資料庫之內部審查及外部稽核 （2）診療指引遵循監測 （3）治療計畫書監測 （4）必要提報事件彙整報告 （5）癌症治療藥物處方遵循監測 （6）癌症治療藥物處方開立異常監測（含格式及疑義處方） （7）抗癌化學治療注射劑調劑異常監測 （8）抗癌化學治療注射劑給藥異常監測 （9）癌症病理診斷品質 （10）癌症影像診斷品質 （11）放射線治療政策與程序指引遵循監測 2. 因必要提報事件無法預設閾值，故評核重點為各團隊需提出事件之原因分析及檢討，癌委會應對此進行監督並視需要提出改善建議且有紀錄可查。

基準 1.3

癌症防治醫療機構應建立品質指標及監測機制，並針對癌症病人之診療照護品質進行檢討分析。

評分說明	符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】 1. 多專科團隊每年須依據重點 1 所列原則訂定品質指標並進行監測，且定期提交監測結果至癌症委員會（或類似單位）。 2. 多專科團隊應針對上述監測結果中，未達自訂閾值項目，提出改善方案或結果至癌症委員會（或類似單位）。 3. 癌症委員會（或類似單位）須定期檢核上述監測結果及自訂閾值之合理性。 4. 癌症委員會（或類似單位）應針對未達自訂閾值項目之改善方案或結果，於後續一年內之會議中，至少進行一次追蹤並視需要提供建議或協助。						
準備文件	1. 品質指標的監測機制、相關統計分析及檢討改善文件。 2. 癌委會之會議紀錄及相關附件。						
重點	1. 年度新診斷癌症個案數（Class 0~3，含原位癌）達 50 例（含）以上之癌別，需訂立符合以下規定之品質指標： (1) 指標數 <table border="1" data-bbox="379 1238 1409 1485"> <thead> <tr> <th>各癌別年度新診斷癌症個案數 (Class 0~3，含原位癌)</th><th>制定指標數</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>50-99 例</td><td>3 項</td></tr> <tr> <td>≥100 例</td><td>6 項</td></tr> </tbody> </table> (2) 可參考下列資料選定品質指標並訂定閾值。惟自行訂定之指標及閾值，需能說明選定原因，並提供相關佐證資料，且呈交癌委會核備： I. 相關文獻（國內、外研討會或醫療機構）所發表之品質指標及其閾值 II. 癌症醫療品質管理考核資訊系統回饋之核心測量指標平均值 III. 院內自行收錄之品質指標或核心測量指標數據，進行前、後年度（或前、後季）之比較 IV. 國民健康署回饋之期別存活率數據	各癌別年度新診斷癌症個案數 (Class 0~3，含原位癌)	制定指標數	50-99 例	3 項	≥100 例	6 項
各癌別年度新診斷癌症個案數 (Class 0~3，含原位癌)	制定指標數						
50-99 例	3 項						
≥100 例	6 項						

	2. 若今年選定之品質指標已達目標值，則下個年度須調整閾值或訂定新的品質指標。如未達年度目標值之品質指標，下個年度需持續進行監測，並擬訂改善方案進行檢討改善。 3. 未達自訂閾值之品質指標，若其分母<10，可接受僅針對不符合的個案逐案分析，並視需要進行檢討。
基準 1.4	
癌症防治醫療機構應每年定期出版癌症診療與照護報告，並選取兩項期別存活率進行檢討分析。	
評分說明	符合項目：【全數達成為符合】 1. 每年應定期出版癌症診療與照護報告，且內容需符合重點 1 所列原則，並經由癌症委員會（或類似單位）審閱後公告。 2. 癌症委員會（或類似單位）應經由會議討論，每年至少選取兩項期別存活率（需為不同癌別），據以交辦多專科團隊擬定改善方案。 3. 癌症委員會（或類似單位）應針對上述多專科團隊擬定之改善方案或結果，於後續一年內之會議中，至少進行一次追蹤並視需要提供建議或協助。
準備文件	1. 癌症診療與照護報告。 2. 期別存活率之相關分析及檢討文件。 3. 癌委會之會議紀錄及相關附件。
重點	1. 癌症診療與照護報告之呈現方式、統計區間及資料取得來源由各院自訂，惟須包含以下內容： （1）全癌之個案基本資料及追蹤成果（須依癌別呈現）。 （2）院內常見癌別之失聯率、留治率及完治率。 （3）院內常見癌別之治療方式統計、各期別存活率，與基準 1.3 品質指標之數據等，以及多專科團隊針對上述數值之摘要性論述。 2. 若各癌別之期別存活率皆已高於全國及國內現有同級醫院（如醫學中心或非醫學中心）平均值，則無須擬定改善方案。
基準 1.5	
癌症防治醫療機構應確保癌症登記申報資料之正確性與完整性。	
評分說明	符合項目：【全數達成為符合】 1. 年度新診斷癌症個案，每五百案應至少編制零點五名合格癌症登記人力，且實際執行登錄業務。 2. 申報完成率、查詢補正率、邏輯待查回覆率與 5 年追蹤率$\geq 95\%$。

	3. 認證現場抽審之登錄資料正確率 $\geq 90\%$ 。
準備文件	1. 癌登人員基礎級認證或進階級認證合格證書影本。 2. 上述人員工作職務說明書面資料。 3. 癌登人力分布圖（如：以甘特圖敘明資料審閱區間之人力分布情形）。 4. 學習登錄人員之複閱紀錄或相關佐證資料（視需要）。 5. 癌登疑義欄位處理流程及相關佐證資料。
重點	1. 合格癌症登記人力：係指領有癌症登記基礎級或進階級認證合格證書者。 2. 未滿 1 人之癌登人力應以 1 人計算（例如：新診斷個案數為 1,100 人，須配置癌登人力為 1.1 人，則應聘任 2 名癌登人員）。 3. 為符合癌登人員基礎級認證考試之報考資格，尚未領有癌登證照之癌登人員可進行學習登錄，惟登錄之所有欄位，皆須由具有證照之癌登人員進行複閱，並有複閱紀錄或相關佐證資料可查。 4. 申報完成率、查詢補正率、邏輯待查回覆率與 5 年追蹤率之計算方式，以癌症登記資料庫可取得最近三個年度（如：115 年認證，採計 111~113 年）之平均值進行評分。 5. 實地認證時，如委員對於癌登編碼方式之認知與院方不一致時，請醫院提出登錄依據（例如：癌登登錄手冊或其他可佐證資料），或現場由認證小組隨行人員與台灣癌症登記中心聯絡解決爭議，若仍有疑義無法於現場做出決議時，將由衛生福利部國民健康署函請台灣癌症登記學會協助判定。 6. 如抽審之病歷有兩個原發部位，僅須審查原訂抽審之癌別即可。 7. 癌登人員應參閱相關檢驗報告及主責醫師之記載，依據專業知能正確申報癌登欄位資料。遇有疑義欄位，應遵循醫院自訂之疑義欄位處理流程，進行疑義欄位之討論及確認，並有紀錄可查。 8. 若醫院於實地認證前才進行癌登資料異動，故無法即時反應在台灣癌症登記中心回傳之抽審欄位資料上，請醫院自行提供已進行異動之佐證資料，否則將依據回傳資料進行評分。
備註	1. 癌症登記人力之估算，採用癌症登記資料庫最近可取得年度之前一年度新診斷個案數為計算基準（如：115 年認證，則以各院申報之 112 年新診斷癌症病人數為計算基準）。 2. 請勿將分院或其他院區癌登人力納入統計。 3. 本項次由衛生福利部國民健康署提供數據，認證當天委員將依此數據進行評分。

	4. 登錄資料正確率： 分母：認證委員抽審欄位數 分子：登錄資料正確之欄位數 5. 評分標準： 認證委員將隨機抽取已登錄長表之癌症病歷 6 或 10 本（依申請類別而異），審核其特定登錄欄位如下【表一】，即院內登錄資料與台灣癌症登記中心提供之資料進行比對，並計算正確欄位數之比率。
--	---

【表一】認證現場抽審欄位

認證委員請依衛生福利部國民健康署於民國 110 年公告之「107 年版台灣癌症登記摘錄手冊-110 年修訂版」之部分癌症登記收錄欄位進行病歷抽審。審查欄位如下：

序 號	欄位名稱	欄位		序 號	欄位名稱	欄位	
		起	訖			起	訖
2.13	腫瘤大小 Tumor Size	99	101	3.10	病理 T Pathologic T	134	137
2.14	區域淋巴結檢查數 目 Regional Lymph Nodes Examined	104	105	3.11	病理 N Pathologic N	138	140
2.15	區域淋巴結侵犯數 目 Regional Lymph Nodes Positive	106	107	3.12	病理 M Pathologic M	141	143
3.4	臨床 T Clinical T	120	123	3.13	病理期別組合 Pathologic Stage Group	144	146
3.5	臨床 N Clinical N	124	126	3.19	其他分期系統 Other Staging System—FIGO		
3.6	臨床 M Clinical M	127	129	3.19	其他分期系統 Other Staging System—BCLC		
3.7	臨床期別組合 Clinical Stage Group	130	132		其他分期系統 Other Staging System—血液腫瘤 histology		

第二章 癌症診療服務

基準 2.1

癌症防治醫療機構應依據實證醫學並經由院內共識制訂常見癌別之診療指引，且據此制定治療計畫書執行後續臨床診療。

評 分 說 明	符合項目：【全數達成為符合】 1. 已制訂院內常見癌別之診療指引，並符合重點 1 所列原則。 2. 針對上述癌別之診療指引及治療計畫書遵循設有監測機制。 3. 多專科團隊已針對監測結果進行分析檢討。
準 備 文 件	1. 最新版次之癌症診療指引（請於認證現場準備紙本文件）。 2. 多專科團隊討論/修訂診療指引之會議紀錄與相關參考資料。 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。 4. 院內制訂之癌症治療計畫書格式。 5. 診療指引遵循之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。 6. 治療計畫書之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。 7. 多專科團隊會議中，有關上述監測結果之相關討論紀錄或提交癌委會之改善方案。
重 點	1. 診療指引須符合以下原則： （1）依據實證醫學精神，並於指引中註明主要參考文獻（至少為 peer review article）；若引用醫院之資料庫資料，則須提供分析及討論紀錄。 （2）參酌國情並經院內共識討論，且有相關會議紀錄佐證。 （3）定期檢視改版（至少每年一次，且明確標示制定、修訂或檢視日期）。 （4）團隊共識後所訂之指引，應提請癌委會公告。 2. 於初次診斷後，主要治療前，須提供病人專屬治療計畫書，內含以下基本必要項目（minimum requirement）： （1）基本資料（含計畫書填寫日期） （2）診斷 （3）癌症既往史 （4）癌症分期 （5）共病（comorbidity）及重要影響預後因子 （6）預定之治療計畫（手術須呈現術式、化療須呈現 regimens、放療須呈現 dose）

	3. 預定之治療計畫中，化療 regimens 需寫出劑量與療程 (cycle) 或可使用藥物組合名稱 (例如：mFOLFOX6 或 FAC protocol-1 等)，但不能書寫院內處方代碼 (例如：M123)。放療劑量則可以數值或範圍 (range) 呈現。 4. 診療指引中，需標示出能判斷臨床期別之主要檢查，以利後續監測；且於首次治療前完成期別相關之主要檢查。 5. 監測機制 (例如：監測對象及比率、監測頻率、負責監測人員等) 由各院自訂，但監測內容至少應包含以下重點： (1) 計畫書之完整性【如重點 2】。 (2) 確認是否依據診療指引進行與期別相關之主要檢查。 (3) 確認是否依據診療指引擬訂治療計畫書 (以 major modality 為主)。 (4) 病人首次療程 (包含手術、癌症治療藥物及放射線治療等) 之治療方式是否符合治療計畫書。 (5) 上述監測結果應涵蓋所有相關因素之分析 (如：病人拒絕、副作用過大、old age 等)。 6. 臨床上若有新的治療方式 (或藥物) 且健保已開始給付，但因未達醫院診療指引之改版時間，則需將該治療方式 (或藥物) 於多專科團隊會議經共識討論且有紀錄佐證。
基準 2.2	
癌症防治醫療機構應提供院內治療之癌症病人專屬治療計畫書，且病人首次療程之治療方式符合治療計畫書。	
評分說明	符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】 1. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$ 已有治療計畫書，且正確填載所有基本必要項目。 2. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$ 之治療計畫書係依據院內診療指引制訂。 3. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$ 病人之首次療程治療方式符合治療計畫書。 4. 80% 之病人遇有重點 5 之狀況時，已更新治療計畫書。
準備文件	認證通則 1 所列 14 癌之 114 年個管師新收案名單 (Class 1~2，但排除原位癌)。請依癌別分列，並呈現個案之病歷號碼、年齡、是否於多專科團隊中討論、臨床分期、病理分期及治療方式 (新輔助治療、手術、化療、放療等)。
重點	1. 治療計畫書須於臨床分期確立後及各項主要治療前完成；若病人因故無法依據預定治療計畫進行後續治療時，於病歷中說明記載即可。 2. 院內治療之癌症病人須提供專屬之治療計畫書，故初診斷即第四期，只

	接受緩和照護 (palliative care)，或他院轉入僅安排安寧照護 (hospice care) 之個案皆須有治療計畫書，並依病人需求提供適切的照護服務。但原位癌、確診後即轉出 (Class 0)、急診入院進行緊急手術後即轉院，或僅來院尋求第二意見之病人，可不須填寫。 3. 事前規劃的癌症手術 (elective major surgery) 及介入性治療 (therapeutic intervention) 應於執行前訂定治療計畫書，內容須完成基本必要項目及預定之治療方式，後續再視狀況依病理分期擬定治療計畫。 4. 介入性治療係指以非手術的侵入性方式到達病灶局部，行區域性腫瘤消融的治療。常見的治療方式包括但不限於 RFA、TACE、PEI、HIFU、Gamma Knife、cryotherapy、radiosurgery 等。 5. 病人首次疾病復發或第一次原訂治療方式改變 (如原訂治療造成嚴重合併症或副作用、原訂治療無效、其他病人因素等) 時，須更新病人專屬治療計畫書。 6. 治療計畫書非指病人同意書及治療摘要 (summary note)，且可於書面 (電子) 病歷中查閱。治療計畫書電子化後，應能完整呈現各階段之治療計畫與相關內容，便於院內同仁登載及參閱。
基準 2.3	
癌症防治醫療機構應依據實證醫學並經由院內共識制訂常見癌別之癌症治療藥物處方，並有適當機制確保上述處方開立過程之安全性。	
評分說明	符合項目：【達成四項為符合，全數達成為優良】 1. 已制訂院內常見癌別之癌症治療藥物處方，並符合重點 1 及 2 所列原則。 2. 已建立癌症治療藥物處方開立之標準作業流程。 3. 已建立全院一致之處方 (prescription) 開立格式。 4. 針對上述癌別之處方遵循及開立格式設有監測機制。 5. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$ 病人首次療程之癌症治療藥物處方符合全院一致之處方 (prescription) 內容及開立格式。
準備文件	1. 最新版次之癌症治療藥物處方 (請於認證現場準備紙本文件)。 2. 多專科團隊討論/修訂癌症治療藥物處方之紀錄與相關參考資料。 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。 4. 癌症治療藥物處方開立標準作業流程 (含開立癌症治療藥物處方之醫師資格與複核機制)。 5. 癌症治療藥物處方遵循之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。

	6. 癌症治療藥物處方開立格式之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。 7. 多專科團隊會議中，有關上述監測結果之相關討論紀錄或提交癌委會之改善方案。
重點	1. 癌症治療藥物處方須符合以下原則： (1) 依據實證醫學精神，並於指引中註明主要參考文獻（至少為 peer review article）；若引用醫院自身資料庫之資料，則須提供分析及討論紀錄。 (2) 參酌國情並經院內共識討論，且有相關會議紀錄佐證。 (3) 定期檢視改版（至少每年一次，且明確標示制定、修訂或檢視日期）。 (4) 團隊共識後所訂之處方，應提請癌委會公告。 2. 癌症治療藥物處方應包含化學治療（含口服、靜脈注射及特殊途徑給予藥物）、免疫治療、荷爾蒙治療及標靶治療。 3. 癌症治療藥物處方應依據使用時機區分為輔助（adjuvant）、新輔助（neoadjuvant）、合併化學及放射線治療（concurrent chemoradiotherapy, CCRT）及轉移癌的第一線治療；或可比照國際常用指引所示方式區分（如 NCCN 消化道癌指引係以 perioperative、preoperative、postoperative chemotherapy 劃分）。 4. 處方集內容須呈現藥物品名（學名為佳）、劑量、給藥方式（含途徑及輸注時間），基準精神為確保處方之一致性（即同一種 regimen 在不同科別仍應有相同給藥方式）。 5. 處方（prescription）開立格式內容須包含：藥物名稱、劑量、給藥方式（含稀釋液、途徑及輸注時間）。 6. 處方開立者非主治醫師或部定專科醫師層級時，則須有主治醫師或部定專科醫師複核，方可調配。 7. 至少需針對首次療程進行處方遵循及開立格式之監測，轉移性化學治療處方是否納入監測，則由醫院自訂。惟抽審病歷若符合轉移癌之第一線治療時，仍須按照評分說明 5 進行評分。
基準 2.4	
癌症防治醫療機構應成立多專科醫療團隊，並定期召開團隊會議進行個案討論。	
評分	符合項目：【達成四項為符合，全數達成為優良】 1. 已成立院內常見癌別之多專科團隊，並依據重點 2 所列原則訂定開會頻

說明	率且核心成員（指科別）出席率皆$\geq 80\%$。 2. 上述多專科團隊已參考重點 8 訂定優先提交團隊討論之個案類別。 3. 各癌別提送多專科團隊討論個案之百分比皆$\geq 30\%$，其中$\geq 50\%$個案為自訂的優先討論個案。 4. 現場抽審經多專科團隊討論之病歷中，$\geq 80\%$個案能將討論結果呈現於病歷上。 5. 各團隊已針對各癌別之個案管理指標監測結果進行討論，並視需要訂定改善方案。								
準備文件	1. 多專科團隊召開會議之場次統計數據與相關會議紀錄。 2. 多專科團隊訂定優先提交團隊討論之個案類別。 3. 團隊針對各癌別之個案管理指標監測結果訂定之改善方案（視需要）。								
重點	1. 團隊不以單一特定癌症別為限，醫院可將腫瘤部位或治療方式相近且主要成員科別雷同合併為聯合團隊，亦可形成單一癌別團隊；惟腫瘤部位明顯由院內不同成員診療者，不應歸屬同一團隊。 2. 醫院可依據個案數自訂適合之開會頻率，但不得低於下表所訂。若為聯合團隊，則以個案數加總作為開會頻率訂立依據。 <table border="1" data-bbox="290 1099 1417 1346"> <thead> <tr> <th>年度新診斷個案數（Class 0~3）</th><th>最低開會頻率</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個案數< 50 例</td><td>每月召開 1 次</td></tr> <tr> <td>$50 \text{ 例} \leq \text{個案數} < 500 \text{ 例}$</td><td>每月召開 2 次</td></tr> <tr> <td>個案數≥ 500 例</td><td>每週召開 1 次</td></tr> </tbody> </table> 3. 開會頻率為每週一次者，若遇國定假日、醫學會或天然災害等特殊狀況，得於會議紀錄中載明，但年度開會次數仍須達原訂開會次數之 90%。若為每月召開一次或兩次會議者，須擇期補召開會議。 4. 多專科團隊討論率定義： 分母：認證前一年度各癌別之新診斷個案數（含原位癌且個案分類為 Class 1~3）。 分子：認證前一年度經多專科團隊討論之該癌別個案數（個案可重複討論及計算）。 5. 評分計算基準：未滿一年期間以其所佔之時間比率換算。評分標準依各年度獨立計算，需每年度皆達該項評分標準才予給分。 6. 若因病人數目太少而無個案討論，雖可註明「無討論個案」，但仍需召開會議，且有會議紀錄佐證。 7. 核心成員出席率以科別計算，至少應包含下表所列之科別成員。若醫院	年度新診斷個案數（Class 0~3）	最低開會頻率	個案數 < 50 例	每月召開 1 次	$50 \text{ 例} \leq \text{個案數} < 500 \text{ 例}$	每月召開 2 次	個案數 ≥ 500 例	每週召開 1 次
年度新診斷個案數（Class 0~3）	最低開會頻率								
個案數 < 50 例	每月召開 1 次								
$50 \text{ 例} \leq \text{個案數} < 500 \text{ 例}$	每月召開 2 次								
個案數 ≥ 500 例	每週召開 1 次								

無放射腫瘤部門，但設有合作轉介機制且轉介醫院之放射腫瘤科醫師每年至少出席一次多專科團隊會議並能提供佐證，即不影響評分。

團隊別	可合併癌別	團隊核心成員
1. 大腸直腸癌 【消化道癌症】	胃癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科、放射腫瘤
2. 肝癌	肝癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科
3. 肺癌 【胸腔癌】	食道癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科、放射腫瘤
4. 乳癌	乳癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科、放射腫瘤
5. 子宮頸癌 【婦癌】	子宮體癌、 卵巢癌	影像診斷、病理、婦產(癌)、放 射腫瘤
6. 口腔癌 (含口咽癌、下咽 癌)【頭頸癌】	鼻咽癌	影像診斷、病理、切除與重建之外 科(如耳鼻喉科、口腔顎面外科、 整形外科…等)、(腫瘤)內科、放 射腫瘤
7. 胃癌 【消化道癌症】	大腸直腸癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科
8. 攝護腺癌 【泌尿道癌】	膀胱癌	影像診斷、病理、泌尿外科、(腫 瘤)內科、放射腫瘤
9. 膀胱癌 【泌尿道癌】	攝護腺癌	影像診斷、病理、泌尿外科、(腫 瘤)內科、放射腫瘤
10. 食道癌 【胸腔癌】	肺癌	影像診斷、病理、(腫瘤)外科、 (腫瘤)內科、放射腫瘤
11. 鼻咽癌 【頭頸癌】	口腔癌	影像診斷、病理、(腫瘤)內科、 耳鼻喉科、放射腫瘤
12. 惡性淋巴瘤 【血液淋巴腫瘤】	白血病	影像診斷、病理、血液(腫瘤)、 放射腫瘤
備註：		
1. (腫瘤)內科：腫瘤內科或癌別相關內科任一即可。		
2. (腫瘤)外科：腫瘤外科或癌別相關外科任一即可。		

	8. 多專科團隊可參考下方所列自行訂定優先提交團隊討論之個案： (1) 需確認癌症分期之個案 (2) 治療計畫書與診療指引不一致且未說明原因之個案 (3) 非單一部位之原發腫瘤 (synchronous double cancer or second primary cancer) 個案 (4) 多重共病 (multimorbidity) 個案 (5) 年齡$\geq$85 歲個案 (6) 執行新輔助治療之個案 (7) curative intent 但手術邊緣為陽性之個案 (8) 其他特殊複雜個案 9. 個案討論結果 (conclusion or recommendation) 可以摘錄或掃描檔案呈現於院內認可之 (電子) 病歷中，且相關照護團隊人員均可查閱，即符合基準精神。不要求於 (電子) 病歷中呈現討論過程或完整會議紀錄。 10. 會議須著重於個案問題解決，所提供的資料須呈現討論目的、治療策略及結論。若無具體討論事實或結論者 (即所謂簡易討論或瀏覽式討論)，則不列入「討論個案」計算。 11. 多專科團隊會議若以同步視訊方式召開，與會專家必須能夠審閱病人各項檢查/檢驗報告，且留有會議紀錄及與會人員之出席佐證資料 (簽到單或出席人員登入畫面截圖…等)。惟各科專家以電子會診或書面文字單向傳遞資訊，未能即時進行雙向溝通，並不符合基準精神。
--	--

基準 2.5

多專科團隊應建立並確實執行必要提報事件檢討機制。	
評分說明	符合項目：【達成兩項為符合，全數達成為優良】 1. 多專科團隊已建立必要提報事件檢討機制。 2. 多專科團隊已確實執行必要提報事件檢討機制。 3. 所有提報案件由各多專科團隊進行原因分析檢討後，定期提交至癌症委員會 (或類似單位)。
準備文件	1. 多專科團隊建立之必要提報事件檢討機制及佐證資料 (如：提報單、檢討改善報告、團隊會議紀錄等)。 2. 多專科團隊提交至癌委會之必要提報事件彙整報告。
重點	1. 「必要提報事件」之提報檢討機制由各院自訂，至少應包含：提報對象定義、提交討論之時間點、個案篩選提報流程 (防漏報機制)、案件原因分析、檢討結果及改善流程…等。

	2. 必要提報事件至少應包含： (1) 輔助及新輔助性化療、根治性放療或 (induction) CCRT 治療期間 (含療程結束 30 天內) 死亡之個案。 (2) 根治性手術或介入性治療 30 天內死亡 (或超過 30 天但屬同一次住院) 之個案。 (3) 癌症分期第 0~1 期於診斷日起一年內死亡之個案 (排除意外死亡)。 3. 醫院可自訂符合惡性淋巴瘤特性之必要提報事件定義，惟至少應包含首次治療期間及療程結束 30 天死亡之個案。其他癌別之團隊除重點 2 所列內容外，亦可自行增訂其他適用於該癌別之提報定義。 4. 多專科團隊提交至癌委會之必要提報事件彙整報告內容至少應包含提報個案之原因分析、檢討結果或改善紀錄。
基準 2.6	
主治醫師須於 (電子) 病歷記載正確詳實之臨床及病理分期。	
評分說明	符合項目：【全數達成為符合】 1. 現場抽審病歷中，$\geq 90\%$ 之個案於病歷固定位置記載正確詳實之臨床及病理分期。 2. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$ 之個案於首次治療前，已依據診療指引進行與期別相關之主要檢查。 3. 建立癌症分期資訊之修正回饋機制並確實執行。
準備文件	癌症分期資訊之修正回饋機制及相關紀錄。
重點	1. 全院應於 (電子) 病歷中，規範一處所謂「固定位置」，該處所呈現之癌症分期資訊係為最正確之 initial stage，欲修正此處分期，需符合重點 6 之要求。 2. 評分說明 1 之重點項目為於 (電子) 病歷之固定位置正確詳實記載 (1) 臨床分期及 (2) 病理分期 (p 或 yp)。 3. 不接受醫院將癌症分期固定位置設於出院病歷摘要、門診病歷 SOAP 等處 (例如：每次住出院皆會有一份出院病歷摘要，無法判定哪一份摘要之分期為正確)。 4. 所有個案須呈現正確之臨床分期，若為根治性手術之個案則須加上正確之 AJCC (或其他) 病理分期，且病理分期至少須呈現 TNM 到第二碼。

	5. 部份癌別(如直腸癌、鼻咽癌等)若因執行前導性治療(induction therapy)效果良好,未有後續手術治療時,應呈現治療前之分期。若有後續手術治療,例如:pre-OP CCRT 後之手術切除,仍應有 initial 臨床分期與病理分期。 6. 醫院必須建立癌症分期資訊之修正回饋機制,分期資訊若需修正,應呈現修改時間及主治醫師(或修改人)之核章(簽名)或以相關機制確認的紀錄(如:由多專科團隊討論判定修正後,應回饋該個案之主責醫師)。若醫院之機制為不更改病歷上之分期,則須提供相關之會議討論紀錄佐證。此處之修正回饋機制並非僅指癌症登記之疑義欄位處理流程。
基準 2.7	
癌症病人之(電子)病歷應正確詳實記載:	
1. 主要治療方式之副作用(或合併症)及因應處置。	
2. 病人在診療與追蹤過程中病程之改變。	
評分說明	符合項目:【全數達成為符合】 1. 現場抽審病歷中, $\geq 85\%$之個案已正確詳實記載主要治療方式之副作用(或合併症)及因應處置。 2. 現場抽審病歷中, $\geq 85\%$之個案已正確詳實記載在診療與追蹤過程中病程之改變。
重點	1. 本項基準評分涵蓋主要治療方式:外科手術(含介入性治療)、癌症治療藥物(含化學治療、免疫治療、荷爾蒙治療與標靶治療)及放射線治療等。 2. 評分說明 1 應記載之重點項目如下: (1) 治療後所產生之特殊或常見副作用及合併症(無副作用,亦須註明,不得空白未寫)。 (2) 副作用須有等級、頻率(如:watery diarrhea 3 次)之描述。 (3) 針對 Gr.III 以上副作用之因應處置。 3. 副作用之評估及記載以療程為單位(含癌症就醫門、住診),每次住院皆須記載。惟門診 weekly 治療至少每四週須記載一次;對於持慢性病連續處方箋個案,則視回診頻率於每次回診時記載。 4. 副作用之評估記載須由醫師執行,非醫師(例如:護理人員或專科護理師)協助評估並將副作用記載於病歷上(或 toxicity checking list 等相關單張),須有醫師確認核章。 5. 未具有放射線治療設備醫院,病人結束放射線治療轉回原醫院進行後續治療或追蹤時,主責醫師仍須評估病人是否有放射線治療副作用,且視

	需要進行相關處置並留有紀錄。 6. 長期合併症 (long term complications) 與 palliative radiotherapy 個案暫不列入評分說明 1 評分範圍。 7. 評分說明 2 應記載之重點項目如下： (1) 疾病病程的變化 (如有復發，需記載屬局部復發或遠端轉移)。 (2) 腫瘤對治療之反應評估 (如：完全緩解、部分緩解、穩定或惡化)。 (3) 治療方式改變原因 (如：副作用、復發或其他更理想治療方式等)。 8. 主治醫師應於階段性療程結束時，依據各項檢查結果，針對治療反應進行即時性評估，治療期間內至少一年進行一次評估，且呈現於病歷紀錄上。後續則依醫院指引自訂之追蹤共識，進行病程之定期性評估。 9. 部分 neoadjuvant 治療，無法評估其治療成效，可於病歷中註明「尚無法評估治療效果」。 10. 評估病程變化時，「未復發」者應於病歷中記載 complete response、complete remission (CR) 或 no evidence of disease (NED) 等相關內容；「復發」者不可僅呈現檢查報告結果，亦應有主責醫師對檢查結果之綜合判斷與評估。
基準 2.8	
為確保癌症病理診斷品質，癌症防治醫療機構應建立病理切片同儕（院內或院際）複閱機制及統一完整之癌症病理組織報告格式，且有督導及監測機制。	
評分說明	符合項目：【達成四項（含）以上為符合】 1. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$的院內確診病例，已在病理報告發出前完成惡性腫瘤（含原位癌）初次診斷確認之複閱。 2. 現場抽審病歷中，$\geq 90\%$之病理報告符合院內自訂格式。 3. 已建立臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制。 4. 分子病理檢驗項目須由通過國內（外）相關單位分子病理檢驗認證之實驗室執行。 5. 於院內執行分子病理檢驗者，執行之實驗室須參加台灣病理學會或其他國內（外）認證單位核可之能力測試，並針對不符合之測試結果設有檢討改善機制。
準備文件	1. 院內制訂之病理切片同儕複閱辦法、執行紀錄、複閱結果統計分析、檢討改善及提交癌委會之紀錄。 2. 院內制訂之癌症病理報告格式、監測辦法、原始監測紀錄、監測結果統計分析、檢討改善及提交癌委會之紀錄。 3. 臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢之機制及相關紀錄。

	4. 執行分子病理檢驗項目之實驗室通過國內（外）認證之證明文件。 5. 最近一次參加台灣病理學會或其他國內（外）認證單位核可之能力測試及其檢討改善之佐證文件（視需要）。
重點	1. 複閱機制可為以下兩項之一或其他足以確保病理品質之方法： (1) 由專科醫師進行複閱。 (2) 設有科內複閱會議。 2. 治療前須針對惡性腫瘤之初次病理診斷進行複閱，若病人惡性腫瘤在小標本（切除）時，未進行病理複閱，則後續腫瘤手術之大標本必須複閱。 3. 醫院可自行建立各癌別之病理組織報告格式，惟內容須包含台灣病理學會公告之必要項目。病理報告格式品質係指內容格式之完整及一致性；非指診斷報告內容之正確性。 4. 臨床對病理診斷的討論回饋或向外諮詢機制，包含：多專科團隊會議中，以透過病理、影像、與臨床結果面之共同比對方式進行個案討論、電話諮詢、利用報告系統上設有欄位供臨床醫師勾選表達意見等。團隊會議應提報討論個案包含：(1) 病理診斷有疑義者 (2) 臨床與病理診斷不一致者。 5. 國內（外）能力測驗提供及認證單位例舉如下：台灣病理學會、財團法人全國認證基金會（TAF）、美國病理學會（CAP）等。 6. 委外執行分子病理檢驗者，執行單位之實驗室須通過國內（外）認證單位之分子病理實驗室認證。 7. 分子病理檢驗項目至少應包含 Her-2/neu、EGFR、RAS、PD-L1 IHC、ALK…等健保已給付之項目。 8. 若醫院所有病理切片皆採外包診斷（如：委託台北病理中心），則須提出該受委託檢驗單位之複閱機制及相關紀錄證明。
基準 2.9	
為提昇癌症影像診斷品質，癌症防治醫療機構應建立統一完整之癌症影像診斷報告格式，且有督導及監測機制。	
評分說明	符合項目：【達成兩項（含）以上為符合】 1. 現場抽審病歷中，$\geq 90\%$之影像診斷報告符合院內自訂格式。 2. 已建立臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制。 3. 已針對外片未附報告或對院外影像報告有疑義者建立處理機制。
準備文	1. 院內制訂之癌症影像診斷報告格式、監測辦法、原始監測紀錄、監測結果統計分析、檢討改善及提交癌委會之紀錄。 2. 臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢之機制及相關紀錄。

件	3. 外片未附報告或對院外影像報告有疑義者之處理機制及相關紀錄。
重點	1. 為確保病人能有正確之臨床分期，以獲得適當之治療方式，以影像學診斷決定治療模式之癌別（肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、食道癌、攝護腺癌）及院內常見癌別（除乳癌及惡性淋巴瘤外）須優先制訂統一之 CT 或 MRI 報告格式。 2. 醫院可自行建立各癌別之影像診斷報告格式，惟內容須包含中華民國放射線醫學會公告之必要項目。影像診斷報告格式品質係指內容格式之完整及一致性；非指診斷報告內容之正確性。 3. 報告格式編排由醫院自訂，可為描述式、條列式或摘要式，惟須經院內共識討論。如醫院影像報告內容為描述式，應確認是否涵蓋學會公告之必要項目，「沒有」或「negative」的欄位應寫明「nil」或列出(一)，不可直接刪除或省略；若為 checklist 格式但項目不完整，亦不符合基準要求。 4. 臨床對影像診斷的討論回饋或向外諮詢機制，包含：多專科團隊會議中，以透過病理、影像、與臨床結果面之共同比對方式進行個案討論、電話諮詢、利用報告系統上設有欄位供臨床醫師勾選表達意見等。團隊會議應提報討論個案包含影像診斷報告與臨床診斷不一致者。 5. 影像診斷報告發出後才確診為癌症之個案，不要求醫院於確診後重新繕打影像診斷報告以符合格式要求。若病人事後確診為癌症，可以 addendum 形式補上符合格式要求之影像報告，或提至多專科團隊討論以確立分期並留有紀錄。 6. 外片未附報告或對院外影像報告有疑義者，至少需符合下列之一： (1) 提至多專科團隊進行討論並有紀錄佐證。 (2) 由影像科進行外片再閱。 (3) 於病歷呈現主治醫師對影像報告之判斷評估。
基準 2.10	
癌症防治醫療機構應制訂放射線治療政策與程序之指引，確實執行並進行監測，且於全院性病歷呈現完整之新病人評估紀錄與完成紀錄。	
評分說明	符合項目：【全數達成為符合（未設有放射線治療部門者則須符合重點 7 所列）】 1. 至少制訂乳癌、口腔癌（含口咽及下咽）、肺癌、直腸癌、子宮頸癌、鼻咽癌、攝護腺癌及食道癌等癌別之根治性目的（curative intent）放射線治療政策與程序之指引，且符合重點 1 及 2 所列原則。 2. 針對上述癌別之放射線治療政策與程序指引遵循設有監測機制（未設有

	放射線治療部門者免評)。 3. 現場抽審病歷中，$\geq 90\%$已有新病人評估紀錄與完成紀錄。 4. 現場抽審病歷中，$\geq 80\%$符合「總劑量」及「治療次數」之規範。
準備文件	1. 最新版次之放射線治療政策與程序之指引（請於認證現場準備紙本文件）。 2. 放射線治療部門討論/修訂之會議紀錄及相關參考資料。 3. 院內公告紀錄或院內網頁公布內容。 4. 放射線治療政策與程序指引之監測辦法、原始監測紀錄、監測結果之統計分析。 5. 上述監測結果之相關討論紀錄或提交癌委會之改善方案。 6. 轉介機制及紀錄（未設有放射線治療部門者需要）。
重點	1. 放射線治療政策與程序之指引須符合以下原則： （1）依據實證醫學精神，並於指引中註明主要參考文獻（至少為 peer review article）；若引用醫院自身資料庫之資料，則須提供分析及討論紀錄。 （2）參酌國情並經科內共識討論，且有相關會議紀錄佐證。 （3）定期檢視改版（至少每年一次，且明確標示制定、修訂或檢視日期）。 （4）會議共識後所訂之指引，應提請癌委會公告。 2. 根治性目的之放射線治療指引須包含以下內容： （1）針對該癌別之放射治療流程：如體位設定、固定方法、模擬攝影之要求、特殊注意事項（如：呼吸調控、脹膀胱…等）。 （2）放射治療部位【含臨床腫瘤體積（CTV）及治療計畫標靶體積（PTV）之定義】、各階段之放射治療劑量、放射治療次數及劑量調整原則。 3. 放射線治療指引若已界定劑量範圍，則病人治療計畫書所呈現之總劑量應在指引所界定的範圍內。若放射治療指引規範為單一劑量，則治療計畫書之總劑量應在此界定劑量$\pm 5\%$之範圍內。屬於臨床試驗或特殊臨床狀況之個案例外，但應於病歷中敘明。 4. 已完成根治性目的（curative intent）之放射線治療個案應在全院性病歷中呈現以下記載，以利相關醫療照護人員查閱： （1）新病人評估紀錄：至少應包含病人簡史、理學檢查、重要檢查結果、診斷評估及治療計畫。 （2）完成紀錄：應至少包含照射部位、劑量、治療期間。

	5. 基於確保病人安全原則，監測機制至少須包含： （1）放射腫瘤科主治醫師須於第一次治療前，對該療程之治療計畫（treatment planning）及位置驗證（verification）進行確認或簽章負責。 （2）針對「總劑量」及「治療次數」進行監測。 6. 若「總劑量」及「治療次數」與原訂計畫不同，須於病歷中呈現因個別病況考量所改變之原因，即不影響評分。 7. 若醫院無放射線治療部門，須建立合作轉介機制，且能提供轉介醫院根治性目的放射線治療政策與程序指引、轉介個案之新病人評估紀錄及完成紀錄、及每年至少一次本院癌症團隊與轉介放射線治療部門之指引聯合討論會之會議紀錄做為佐證資料。未建立合作機制者評分為「不符合」。
--	---

第三章 癌症照護服務

基準 3.1

癌症防治醫療機構應建立院內腫瘤個案管理照護制度及個案管理指標之監測機制。

評 分 說 明	符合項目：【達成三項為符合，全數達成為優良】 1. 年度全癌新診斷個案數，每 350 例應至少編制一名專任腫瘤個案管理護理師，該員一年內須完成腫瘤個案管理相關教育訓練。 2. 已建立腫瘤個案管理照護制度，並訂定以病人照護為中心且符合重點 3 及 4 所列之腫瘤個案管理護理師職責與工作規範並確實執行。 3. 至少須建立重點 5 所列三項個案管理指標且設有監測機制。 4. 須將上述指標之監測結果分析後回饋多專科團隊，作為個案照護檢討改善之參考。
準 備 文 件	1. 腫瘤個案管理護理師之人力分布圖（如：以甘特圖敘明資料審閱區間之人力分布情形）。 2. 腫瘤個案管理護理師教育訓練證明。 3. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範。 4. 個案管理指標之監測機制及原始監測紀錄。 5. 個案管理指標監測結果統計分析及多專科團隊討論之相關佐證資料。
重 點	1. 腫瘤個案管理護理師人力之估算，採用癌症登記資料庫最近可取得年度之前一年度新診斷個案數為計算基準（如：115 年認證，則以各院申報之 112 年新診斷癌症病人數為計算基準）。 2. 從事病人個案管理相關工作之腫瘤個案管理護理師，至少須於到職一年內完成台灣護理學會、台灣腫瘤護理學會所舉辦或認可之腫瘤個案管理護理師培訓課程（受課證明至少 50 小時積分）。 3. 個案管理照護範圍（個案管理名單可區分個案分類，以利後續管理追蹤）： （1）全癌年度新診斷 Class 1~2 之個案。 （2）全癌年度新診斷但未於本院接受首次療程之個案（Class 0），有追蹤機制並有紀錄佐證即可。 （3）首次局部復發或單一器官局部轉移且至本院接受積極治療之個案（此類個案之收案定義由各醫院自訂）。 4. 腫瘤個案管理護理師之職責與工作規範如下： （1）個案管理：

- I. 依病人需求提供治療資訊，協助病人與治療團隊溝通，幫助病人及家屬了解治療計畫，以利個案與照顧者進行決策。
 - II. 監測病人治療過程之異常現象。
 - III. 參與多專科團隊會議，並協助個案照護相關決議事項之追蹤。
- (2) 臨床照護：
- I. 依據癌症病人或家屬需求，協助聯繫院內、外相關醫療照護資源，確保病人接受後續追蹤治療。
 - II. 擔任與其他醫療團隊成員間之溝通協調管道，協助解決癌症病人與家屬需求問題。
- (3) 腫瘤個案資料管理：
- I. 定期提供多專科團隊個案管理指標結果。

5. 個案管理指標及定義如下：

指標項目	分子	分母	備註
個案失聯率	應追蹤個案失聯至少達12個月人數	全癌 (Class 1~2) 應追蹤個案數 (總收案人數－已死亡人數)	1. 應追蹤個案數係指該年度所有管案數。 2. 管案期間內，最後一次回診日或聯絡日起，開始計算達12個月，無法聯絡到本人或家屬即列入失聯。 3. 追蹤方式由各院自訂，惟至少每6個月執行1次追蹤。
留治率	分母中，有在本院治療之個案數	當年度院內常見癌別新診斷 (Class 0~2) 個案數	含安寧照護。
完治率	分母中，已完成治療計畫書所預定治療之個案數	各年度院內常見癌別新診斷 (Class 1~2)，並	完成治療的定義由各團隊依癌別及治療方式之特性自

				在本院進行根治性目的（curative intent）治療（手術、化療、放療、介入性治療、免疫治療、荷爾蒙治療及標靶治療）之個案數（扣除治療中之人數）	訂。
基準 3.2					
癌症防治醫療機構應依據癌症病人需求提供專業之心理照護服務。					
評分說明	符合項目：【達成兩項（含）以上為符合】 1. 機構應至少配置一名專責心理師以提供癌症病人之心理照護服務，該員每年至少需接受一次專業繼續教育課程。 2. 機構應針對癌症住院病人提供情緒壓力篩檢，並確實執行轉介會診，且由精神科醫師或心理師提供適切之心理照護服務。 3. 心理師收案管理分析資料需回饋至原團隊醫護人員，並透過各種機制或會議等方式與團隊達成雙向溝通。				
準備文件	1. 心理師繼續教育課程訓練佐證資料。 2. 情緒壓力篩檢及轉介會診機制。 3. 心理照護服務之相關紀錄（例如：情緒壓力篩檢紀錄或心理諮商摘要紀錄或會診紀錄）。 4. 心理師收案管理資料統計分析及回饋原團隊醫護人員之佐證資料（例如：會議或聯合討論會紀錄）。				
重點	1. 專責心理師可由臨床心理師或諮商心理師擔任，並依法執行相關衡鑑及治療。 2. 專業繼續教育課程不限定課程內容、辦理單位及課程時數，心理師應視照護癌症病人之需求，參與能強化或提升自我專業之繼續教育課程，並有相關證明。 3. 照護團隊成員（例如：醫師、個案管理師、護理師等）皆能了解如何針對癌症住院病人提供情緒壓力篩檢，並視需要轉介會診。 4. 心理師可透過參與多專科團隊會議，將收案管理統計分析資料於團隊會				

	議上與團隊人員共同分享討論，以達雙向溝通之目的（參與會議及資料回饋頻率由醫院視收案數自訂）。
【加分項目】基準 3.3	
癌症防治醫療機構應針對癌症病人建立緩和照護之標準作業流程。	
評分說明	符合項目：【全數達成為優良】 1. 已建立癌症病人接受緩和照護之標準作業流程。 2. 在兩種癌別或兩個腫瘤相關病房（安寧病房除外）開始實行。
準備文件	1. 癌症病人接受緩和照護之標準作業流程。 2. 緩和照護團隊之成員名單。 3. 緩和照護之執行紀錄（例如：照護服務單紀錄或病歷紀錄）。 4. 緩和照護團隊教育訓練課程大綱。
重點	1. 病人在積極治療癌症期間，應同時評估其症狀控制與生活品質改善之需求，並依院內自訂的緩和照護（palliative care）標準作業流程，視需要轉介緩和照護團隊。當疾病進展至不做積極治療時，則轉為專注於提供臨終病人安寧照護（hospice care），以維護其生命品質（本段僅是幫助醫院釐清 palliative care 及 hospice care，不表示必須由安寧照護團隊負責辦理緩和和相關業務）。 2. 緩和照護標準作業流程應包含啟動轉介緩和照護之條件、轉介流程與照護服務內容等。 3. 緩和照護團隊除需包含醫師（安寧專科醫師或腫瘤治療專科醫師）、護理師、社工師、心理師外；亦可自行增加其他相關人員（如靈性關懷人員等）。可由現有安寧照護團隊或多專科團隊中成立功能小組負責辦理。 4. 緩和照護團隊成員應接受相關教育訓練，課程內容至少應涵蓋身心症狀處理、共同醫療決策、病人自主權利（AD）及照護者支持等面向。